

Uniform Complaint Form – Beaverton School District (BSD)

16550 SW Merlo Road • Beaverton, OR 97003

يرجى ملء النموذج التالي إذا كانت هناك شكوى ضد أي موقع مدرسي أو برنامج أو مكتب أو موظف في المنطقة التعليمية. أرسل نموذج الشكوى المكتمل إلى مدير المدرسة. سوف ترسل المنطقة التعليمية تأكيداً على استلام الشكوى للشخص صاحب الشكوى، واسم الشخص المسؤول عن التحقيق في الشكوى، والإجراءات التي سيتم اتباعها. الرجاء الرجوع إلى: https://www.beaverton.k12.or.us/dist/Pages/Complaint-Process.aspx من أجل الإجراءات المحددة والجدول الزمني للشكوى.	BSD USE ONLY	
	Date Received:	
	Received by:	

اسم الشخص الذي أكمل النموذج <input type="checkbox"/> لا أريد الإفصاح عن اسمي	التاريخ Date
رقم الهاتف Phone Number	الإيميل Email

اسم المدرسة أو البرنامج أو المكتب أو اسم الموظف وموقع العمل - الذي تريد توجيه الشكوى ضده

اسم الطالب/ الطلبة (إذا كان ينطبق)

ضع علامة داخل الصندوق و بجوار نوع الشكوى التي تريد أن تقدمها:

و / أو التمييز أو التفرقة على أساس:	And/or Discrimination on basis of:	إذا كانت الشكوى تتعلق ببرنامج محدد: specific program:
<input type="checkbox"/> نقل/ التحويل T <input type="checkbox"/> النقل T <input type="checkbox"/> درجات الطالب S G <input type="checkbox"/> التدريس I <input type="checkbox"/> سلامة الطالب S S <input type="checkbox"/> السيطرة والعزل R & S <input type="checkbox"/> آخر (الرجاء أذكر) O	<input type="checkbox"/> العمر A <input type="checkbox"/> الأصل و / أو المنشأ الوطني A /or N -O <input type="checkbox"/> اللون C <input type="checkbox"/> تحديد المجموعة العرقية EGI <input type="checkbox"/> الجنس : ذكر/ أنثى G <input type="checkbox"/> الحالة الاجتماعية MS <input type="checkbox"/> الإعاقة البدنية /العقلية P/ MD <input type="checkbox"/> العرق R <input type="checkbox"/> الدين R <input type="checkbox"/> التحرش الجنسي S H <input type="checkbox"/> التوجه والميول الجنسي S O <input type="checkbox"/> أي تحرش آخر O H <input type="checkbox"/> آخر Other	<input type="checkbox"/> برنامج للمتعلمين اللغة الإنجليزية Program English Le amers <input type="checkbox"/> التعليم الفني الوظيفي C T E <input type="checkbox"/> تغذية الطفل Child Nutrition <input type="checkbox"/> برنامج الطلبة المتفوقين والموهوبين TAG Program <input type="checkbox"/> التعليم الخاص Special Education <input type="checkbox"/> Title I – No Child Le ft Behind <input type="checkbox"/> Division 22 Standards <input type="checkbox"/> آخر (الرجاء أذكر) Other

Uniform Complaint Form – Beaverton School District (BSD)

16550 SW Merlo Road • Beaverton, OR 97003

أين وقع الحادث؟	ماذا حدث أثناء الحادث؟	هل أصيب أي شخص بضرر جسدي؟
<input type="checkbox"/> C الصف <input type="checkbox"/> H الممرات <input type="checkbox"/> R الحمام <input type="checkbox"/> P مكان اللعب <input type="checkbox"/> Locker room <input type="checkbox"/> Lr الكافتيريا <input type="checkbox"/> S f الحقل الخارجي الرياضي <input type="checkbox"/> P I مواقف السيارات <input type="checkbox"/> S b باص المدرسة <input type="checkbox"/> S a الأنشطة المدرسية <input type="checkbox"/> O t w t / f s في الطريق من و / إلى المدرسة <input type="checkbox"/> O s p خارج المدرسة <input type="checkbox"/> /s m على الإنترنت/ وسائل التواصل الاجتماعي <input type="checkbox"/> C p الهاتف النقال <input type="checkbox"/> O آخر	<input type="checkbox"/> T, c الاستهزاء والقسوة <input type="checkbox"/> T, n c المضايقات والسخرية <input type="checkbox"/> I, h التخويف والإذلال <input type="checkbox"/> R التآثر والانتقام <input type="checkbox"/> H r o r g الإشاعات والنميمة <input type="checkbox"/> E, r الاستبعاد، الرفض <input type="checkbox"/> C البلطجة/ التتمر الإلكتروني <input type="checkbox"/> التهديدات باستخدام الإيماءات أو التعليقات <input type="checkbox"/> تبادل الصور الغير لائقة / الملاحظات <input type="checkbox"/> H p h c الضرر الجسدي <input type="checkbox"/> S التعليقات الجنسية أو اللمس <input type="checkbox"/> استخدام الآخرين لإيذاء الطالب <input type="checkbox"/> طلب المبالغ المالية من الطالب <input type="checkbox"/> استغلال الطالب والاستفادة منه <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> O آخر	<input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Y, a NOT نعم، لكن العناية الطبية غير مطلوبة <input type="checkbox"/> Y, m a r نعم، وكانت العناية الطبية مطلوبة <p style="text-align: right;">الرجاء التوضيح والشرح:</p>
هل تغيب الطالب عن المدرسة بسبب ما حدث؟		<input type="checkbox"/> N لا <input type="checkbox"/> Y نعم عدد أيام الغياب # days absent

التاريخ والوقت - إذا كان معروفاً عن الحادث

لمن تحدثت؟	اكتب الاسم/الاسماء في الأماكن المسموحة	التاريخ
<input type="checkbox"/> Teacher/Employee المعلم/ الموظف		
<input type="checkbox"/> Counselor الكاونسلر		
<input type="checkbox"/> Principal/Assistant Principal مدير المدرسة/ مساعد المدير		
<input type="checkbox"/> Central Office Administrator		
<input type="checkbox"/> Deputy Superintendent for Teaching and Learning		
<input type="checkbox"/> Deputy Superintendent for Operations		
<input type="checkbox"/> Superintendent المراقب العام		
<input type="checkbox"/> O آخر		

ماذا كانت النتيجة من المناقشة؟

اسماء الشهود (إن وجدت)

الأدلة المتعلقة بالشكوى (الرجاء الإرفاق إن أمكن : الرسائل والصور ورسائل البريد الإلكتروني و الرسائل /المسجات الهاتفية وما إلى ذلك)

أي معلومات أخرى

أنا أتعهد من أن جميع ما سبق صحيح وصادق. وأنا أفهم أن المنطقة التعليمية ستحافظ على هذه المعلومات بسرية إلى الحد الذي يوفره القانون أو اتفاق المفاوضة الجماعية، وأن سيتم حمايتي من أي انتقام بعد تقديم هذه الشكوى، وأن المنطقة التعليمية قد تطلب المزيد من المعلومات حول هذه المسألة، إذا كانت هذه المعلومات متاحة، أوافق على تقديمها بناءً على وقت طلبها.

Signature التوقيع

Date التاريخ